

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

336

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

EVARD (Michel)

Né le 8 Février 1912 à Beaurainville (Pas-de-Calais)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ASPECT INTRA-GASTRIQUE DES DERMATOSES

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

EVARD (Michel)

Né le 8 Février 1912 à Beaurainville (Pas-de-Calais)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ASPECT INTRA-GASTRIQUE DES DERMATOSES

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	R. JUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL-LAVASTINE
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma-	LEMIERRE.
ladies de l'encéphale.....	CUNEO
Clinique des maladies cutanées et syphi-	GOSSET
litiques	GREGOIRE
Clinique des maladies du système nerveux	ENCRMANT.
Clinique des maladies infectieuses.....	VELTER.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique ophtalmologique.....	OMBREDANNE.
Clinique urologique	HARVIER.
Clinique d'accouchements.....	LEMAÏTPE.
	PIERRE DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
Clinique gynécologique.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	LAUBRY.
pédie	GLOVIS VINCENT.
Clinique thérapeutique médicale.....	N...
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	HAZARD.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	MULON.
Clinique propédeutique.....	OLIVIER.
Clinique de la Tuberculose.....	SANNIE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	VERNE.
dulte	
Clinique cardiologique	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance Médico-Sociale.....	
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BENARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Crio-rhino-laryngologie .. HALPHEN.

MM.

Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUÉJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GUY.
 Parasitologie LAVIET.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUR.
 Pharmacologie MME J. LEVY.
 Pathologie chirurgicale .. MENÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT UT. II
 Médecine légale..... PIÉNEL ÈVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOT H.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.
ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. PASTEUR-VALLERY- RADOT. SEZARY.	} Clinique médica	BASSET. BROCO. CADENAT. GATELLIER. MOURE. QUENU. VELTER.
		} Clinique chirurgicale
	MM.	
	ECALLE METZGER.	} Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*Dont le vivant exemple me
sera toujours précieux. Qu'ils
trouvent ici l'hommage de mon
respect et de mon amour filial.*

A MA FEMME

*Dont la présence est pour moi
le réconfort et l'appui de tous
les instants.*

A MON FRERE CHRISTIAN

« Quelque part, en France. »

A MA SŒUR THERESE

A TOUS LES MIENS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse. Qu'il
trouve ici l'expression de notre
respectueuse reconnaissance.*

A MES JUGES

A MES MAITRES

A L'ÉCOLE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES

A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

*Respectueuse reconnaissance
pour les enseignements qu'ils
m'ont prodigués.*

AVANT-PROPOS

La constatation de phénomènes d'intolérance digestive au cours de certaines dermatoses, la constatation parallèle de lésions cutanées au cours d'affections caractérisées des premières voies digestives a entraîné depuis longtemps à rechercher les rapports possibles entre le carrefour gastrique et le revêtement cutané superficiel.

Si Mitour, dès 1894, envisageait sur le plan clinique pur des rapports entre l'estomac et l'acné, il ne fut en cela qu'un précurseur, et les progrès de la radiographie, puis de la gastroscopie, ont permis des constatations endoscopiques que la clinique ou l'autopsie ne permettaient pas.

Nous voudrions, dans les pages qui vont suivre, nous efforcer de réaliser une synthèse des éléments actuellement acquis sur les modifications de l'arbre digestif au cours de certaines dermatoses, en particulier montrer l'évolution parallèle des dermatoses « visibles » et des dermatoses « intra-corporéales » pour tenter d'en dégager les notions de similitude pathogénique.

Nous aurions pu, pratiquement, intituler cette étude : « De la dermatose à la gastrite et de la gastrite à la dermatose. » Cependant, si nous utilisons un terme un peu particulier : « Dermatoses intragastriques », c'est, ainsi que nous le verrons, en raison de la possibilité d'existence de « dermatoses inapparentes » qui ne se traduisent cliniquement que par des troubles gastriques dont les méthodes actuelles d'examen ont permis au cours de ces dernières années de définir la nature.

LESIONS GASTRIQUES AU COURS DES DERMATOSES

Les dermatoses ne s'accompagnent pas toutes nécessairement de troubles gastriques et dans nombre d'entre elles non seulement les signes de souffrance gastrique sont inexistants, mais encore l'examen direct endoscopique ne révèle rien d'anormal, que ce soit au début de l'affection ou au moment d'une poussée aiguë au cours d'une forme chronique ; l'estomac reste muet et l'examen endoscopique est négatif. Le psoriasis, la tuberculose cutanée, les tuberculides rentrent dans ce cadre. Le psoriasis en particulier a été l'objet d'études attentives, mais jamais l'examen endoscopique n'a révélé de lésions particulières de la muqueuse gastrique. D'autre part, il n'est nullement impossible de découvrir, chez des malades porteurs d'une dermatose, des lésions gastriques qui n'ont aucun rapport avec la lésion du revêtement superficiel. Un malade peut avoir en même temps un ulcère typique, contrôlé radiologiquement, et une quelconque lésion cutanée.

Nous voudrions d'abord envisager les dermatoses qui s'accompagnent de lésions spécifiques de la mu-

queuse gastrique, c'est-à-dire de lésions identiques à celles de la peau, et en particulier, le lichen-plan, le mycosis fongioïde, la maladie aphteuse. Nous laisserons de côté, un peu arbitrairement peut-être, pour les étudier ensuite, l'eczéma et en particulier l'urticaire qui donnent également des lésions spécifiques, mais aussi des lésions non spécifiques mais bien caractérisées et principalement l'atrophie gastrique.

LE LICHEN-PLAN

Dans un certain nombre de cas, le lichen-plan s'accompagne d'une lésion de l'estomac identique à la lésion cutanée. Signalons que cette manifestation gastrique n'existe que si le lichen est muqueux ou tout au moins cutanéomuqueux.

Les troubles gastriques sont le plus souvent réduits au minimum, il s'agit de dyspepsie commune et même parfois aucun trouble ne se manifeste. Dans d'autres cas, rares il est vrai, ce sont les troubles gastriques et l'examen endoscopique positif qui attirent l'attention et font découvrir un lichen-plan à la partie postérieure de la muqueuse jugale. « Le lichen gastrique reproduit en général l'allure du lichen de la face interne des joues, tantôt en petites chaînettes, tantôt en placards finement quadrillés. La lésion est d'une observation difficile : elle existe généralement au voisinage du cardia et de la région sous-cardiaque, zone particulièrement intolérante à l'insufflation et au frottement de l'extrémité de l'endoscope. » (Fr. Moutier.)

Sur 15 cas observés par Paul Chevallier et Fr. Moutier, les auteurs ont pu noter 3 lichens gastriques dont l'un était intense, un autre modéré et un dernier léger et très localisé. Dans un 4^e cas, il existait un enduit porcelainé, épais, revêtant le dos des plis élevés du fundus. Cet enduit paraissait résistant et descendait très peu dans les plis ; ses bords semblaient un peu frangés. Cet aspect spécial n'a été observé qu'une fois.

On peut se demander si, en dehors des cas où la présence d'un lichen-plan cutané ou buccal fait soupçonner un lichen-plan gastrique, il n'existe pas d'autres cas où une localisation gastrique pourrait être incriminée comme étant à l'origine de certains phénomènes gastriques douloureux, inexpliqués en l'absence de toute manifestation tégumentaire.

LE MYCOSIS FONGOÏDE

Des lésions spécifiques peuvent accompagner le mycosis fongoïde. La gastroscopie permet de découvrir des lésions prémycosiques et dans un cas rapporté par Chevallier et Moutier, la muqueuse gastrique était parsemée de plaques blanc-rosées, lisses, non déprimées de l'éruption prémycosique, ce qui avait fait porter le diagnostic de parapsoriasis en plaque. Ce ne fut qu'ultérieurement qu'apparurent des tumeurs typiques. L'autopsie pratiquée un an et demi plus tard montra que les plaques gastriques n'étaient pas tumorales et l'examen histologique pré-

cisa qu'elles étaient composées d'infiltrat leucocytaire diffus et d'œdème.

Cependant, dans d'autres cas, la lésion n'est pas aussi spécifique et il peut n'exister qu'une gastrite atrophique, ou une gastrite œdémateuse et congestive et même parfois une simple fragilité hémorragique de la muqueuse.

LA MALADIE APHTEUSE

La gastrite aphtoïde a été signalée par Korbsch, Henning et Moutier qui la constatèrent chez certains dyspeptiques fréquemment porteurs d'aphtes. D'autres auteurs et en particulier Gaté et ses élèves ont trouvé sur la muqueuse gastrique des érosions cupuliformes, d'allure plus ou moins cyclique, entourées d'un liseré purpurique et recouvertes, au milieu d'un enduit crémeux, blanchâtre ou verdâtre. Ces érosions évoluaient au moment des poussées d'aphtes de la bouche ou dans l'intervalle de ces poussées. Un malade présentait ainsi une dizaine d'érosions isolées ou groupées de même aspect, de taille identique, bien localisées à la muqueuse de l'antre et au pilier du sphincter de l'antre.

La fréquence de crises douloureuses épigastriques se renouvelant chez deux sujets depuis plusieurs mois, leur caractère tardif, aurait fait penser à un ulcère, le gastroscopie permit d'éviter cette confusion.

UN CAS DE PURPURA GASTRIQUE

Dans un même ordre d'idée, Paviot et R. Cheval-

lier ont pu relater une observation de purpura gastrique avec éruption purpurique cutanée. La malade accusait des douleurs épigastriques violentes de type ulcéreux, existant depuis plusieurs années, puis brusquement survint aux deux jambes une éruption pigmentaire purpurique, punctiforme non prurigineuse. Deux jours après, le malade présenta une hématomèse abondante de sang rouge suivie de mœlena. La gastroscopie (Dr R. Chevallier) montra l'absence d'ulcère, mais la présence d'un fin piqueté purpurique du plancher antral d'une part, et d'autre part sur la petite courbure, près de l'angle gastrique, un petit placard ecchymotique entouré d'une zone de fines taches purpuriques.

Envisageons maintenant les dermatoses qui, bien que donnant des lésions nettement spécifiques dans certains cas, peuvent dans d'autres, donner des lésions non spécifiques quoique nettement caractérisées.

DERMATOSES ECZÉMATEUSES ET ÉRYTHRODERMIQUES

L'estomac des eczémateux révèle à l'examen gastroscopique des lésions fort diverses et ce n'est pas un des moindres mérites de la gastroscopie de nous avoir permis d'obtenir les précisions qui nous manquaient auparavant. En effet, la clinique est souvent trompeuse en pareil domaine et l'on doit reconnaître avec MM. Paul Chevallier et Fr. Moutier que la plupart des eczémateux ne souffrent pas de leur esto-

mac. Certains d'entre eux peuvent n'en pas souffrir et avoir une gastrite, d'autre part on peut être eczémateux, souffrir de troubles dyspeptiques légers et avoir un estomac normal.

La radiologie ne nous apporte aucun éclaircissement.

Le tubage gastrique donne des résultats fort divers. Dans certains cas la sécrétion gastrique est normale et s'accompagne d'une gastrite manifeste, dans d'autres la muqueuse est saine et la sécrétion chlorhydrique déficiente. « Chez les eczémateux peuvent se rencontrer en effet des achlorhydries fonctionnelles, c'est-à-dire des achlorhydries sans lésions apparentes de la muqueuse et d'ailleurs passagères. » (MM. Paul Chevallier et Fr. Moutier).

Dans les eczémas évoluant depuis un certain temps, bien localisés, les altérations gastriques sont peu fréquentes. C'est au début d'un eczéma ou au cours d'une poussée évolutive que l'on peut observer un estomac en poussée aiguë avec son aspect inflammatoire typique.

La muqueuse gastrique offre des aspects aussi variés que les manifestations eczémateuses tégumentaires. Tout dépend de l'intensité et de l'étendue du processus congestif. Les lésions élémentaires les plus fréquentes sont la rougeur, l'œdème, l'épithélite desquamative, pultacée, aphtoïde ou ulcéreuse. Tous ces aspects traduisent l'existence de gastrites, tantôt gastrite aiguë fréquemment observée, modérée ou intense, localisée ou diffuse, mamelonnée, œdémateuse

ou ulcéreuse, tantôt de gastrite atrophique à ses divers stades avec son aspect lisse et nacré, tantôt de gastrite vésiculeuse comme l'a observé M. P. Chevalier, ce qui lui a fait affirmer l'existence de l'eczéma vésiculeux de l'estomac. « Nous avons vu une fois une zone fundique semée de vésicules et cela sans équivoque endoscopique, c'est-à-dire sans confusion possible avec de petites saillies mamelonnées revêtues de mucus transparent donnant un miroitement sous l'éclairage oblique. »

C'est dans l'eczéma séborrhéique de Unna et l'ensemble des dermatoses qu'il constitue (eczéma intertrigino-pityriasique généralisé, eczématides nummulaires, dermatite rouge volcanique de la face) plus que dans l'eczéma vésiculeux banal que l'on rencontre les plus belles gastrites. La muqueuse a la rougeur et l'aspect variable d'une gastrite polymorphe, tantôt elle est vermillon, tantôt desquamée ou boursoufflée. Les gastrites atrophiques se voient surtout dans l'érythrodermie bénigne localisée à la région génito-crurale et assez fréquemment dans l'eczéma banal des mains et des avant-bras.

L'étude d'autres dermatoses érythro dermiques ou eczématoïdes montre que de même que dans l'eczéma « les gastrites aiguës d'aspect inflammatoire sont manifestement l'équivalent viscéral d'une éruption cutanée primaire ou de poussées évolutives secondaires. » (Moutier.) Dans les dermites aiguës érythéma-teuses ou exfoliatrices d'origine aurique ou arsenicale, des accidents gastriques aigus avec érythème,

congestion, myxorrhée, pétéchies, fragilité de la muqueuse, œdèmes divers peuvent éclater.

Enfin, on a pu retrouver l'atrophie gastrique dans l'érythème polymorphe, l'érythème prurigineux, l'érythème scrotal, l'érythème induré de Bazin et dans un cas d'intertrigo.

DERMATOSE ICTHYOSIFORME ET GASTROPATHIE ALLERGIQUE

Une observation recueillie par R. Chevallier à la clinique médicale du professeur Paviot met en valeur la coexistence d'une dermatose ichtyosiforme datant depuis de nombreuses années et d'une gastropathie allergique (résumé) :

Mme S., 42 ans.

Apparition, il y a quelques mois, d'une part de troubles dyspeptiques progressifs du type flatulent sans horaire ni périodicité nets, d'autre part de migraines typiques avec nausées et vomissements. Le tout est déclenché automatiquement par l'absorption de lait ou d'œufs. L'examen somatique est négatif. La radiologie montre en période de trouble un spasme prolongé du pylore avec retard important de l'évacuation et état érodé transitoire des courbures antrales. Le chimisme gastrique montre une hypochlorhydrie nette. Les Weber dans les selles sont constamment négatifs.

En outre, la malade présente depuis l'adolescence une dermatose ichtyosiforme non prurigineuse caractérisée par l'aspect sec et écailleux des téguments, particulièrement intensé aux membres inférieurs, à l'abdomen et dans le dos. Cette dermatose, depuis l'apparition des ac-

cidents dyspeptiques et migraineux s'est manifestement aggravée. Elle a tendance à se généraliser.

Une première gastroscopie (R. Chevallier) est pratiquée deux heures après l'ingestion d'un repas d'épreuve à base de lait et d'œufs. Ce repas qui a déclenché la migraine et les troubles dyspeptiques habituels a été retiré au bout d'une heure par tubage en vue de son ultra-filtration. L'examen endoscopique met en évidence un œdème antro-pylorique important qui atteint son développement maximum sur le sphincter de l'antré et plus particulièrement sur son pilier antérieur. Cet œdème réduit considérablement la lumière antrale et rend difficile l'examen du pylore qui, contracté en permanence et à peine infiltré, apparaît au fond du tunnel œdémateux sous l'aspect d'une image stellaire extrêmement ténue. On note, en plus, un état succulent et légèrement congestif de toute la muqueuse fundique. On ne découvre au cours d'un examen prolongé aucune ulcération, aucune érosion, aucune lésion inflammatoire ni atrophique. Il n'existe d'autre part, sur toute la surface muqueuse endogastrique aucun aspect, même très fruste, offrant quelques points de ressemblance avec l'ichtyose cutanée.

La malade est alors soumise à un traitement de désensibilisation spécifique à l'aide de l'antigène ultra-filtrable (H. Thiers et R. Chevallier), retiré du repas d'épreuve. A la trentième injection d'ultra-filtrat les troubles dyspeptiques et les migraines ont complètement disparu. La malade absorbe impunément œufs, lait et graisses. On a la surprise de voir que la dermatose ichtyosiforme a presque complètement disparu. Les lésions ne restent visibles que sur les membres inférieurs où elles réalisent de petites aires irrégulières, isolées ou confluentes. Un nouvel examen endoscopique est entièrement négatif, la muqueuse gastrique a retrouvé son

coloris normal, rouge géranium. Un mois plus tard, la malade ne présente plus que des troubles extrêmement discrets et se déclare complètement guérie.

L'intérêt de cette observation réside non seulement dans la constatation d'une gastropathie allergique, mais aussi du résultat thérapeutique favorable par l'emploi de l'antigène ultra-filtrable dont nous verrons plus loin la technique.

L'ESTOMAC DES URTICARIENS

L'urticaire ainsi que l'eczéma a fourni un vaste champ d'étude aux chercheurs. Il était soupçonné par les anciens auteurs de s'accompagner d'urticaire de l'estomac, les examens endoscopiques ont montré la réalité de ce fait.

Il faut comprendre sous le vocable d'urticaire, à la fois l'urticaire classique dermique et superficiel et l'urticaire du tissu cellulaire lâche ou œdème de Quincke.

Dans beaucoup de cas, les lésions sont spécifiques et s'apparentent à l'œdème sous-cutané de Quincke. On note en effet des fluxions stomacales qui peuvent être énormes et déformer complètement l'estomac. Le malade peut n'en point souffrir et s'il en souffre, c'est qu'il s'agit d'œdème fundique. La souffrance gastrique est de type pseudo-ulcéreux ou pseudo-tabétique. Paul Chevallier et Fr. Moutier ont trouvé cet œdème 2 fois sur 11. « L'œdème infiltre alors de vastes étendues, des plages qui bombent largement, mon-

trant un tissu tendu, blanc-rosé, sans aucune fragilité de la muqueuse au frottement. »

D'autre part, partant, non plus du syndrome cutané, mais des accidents de sténose pylorique aiguë, R. Chevallier a vu une quinzaine de fois l'œdème de Quincke de la région intra-pylorique. Il est plausible d'admettre que seul l'œdème des orifices entraîne des signes douloureux intenses et que l'œdème des faces ou des courbures reste latent même s'il est important. Bien souvent, il n'existe aucune manifestation cutanée associée ; ceci a un intérêt clinique et pratique considérable, l'œdème urticarien de l'estomac existe donc bien à l'état isolé. On n'en connaissait jusqu'ici que le cas déjà ancien de Morriss rappelé par Paul Chevallier. Il s'agissait d'un malade atteint d'urticaire géante et pris d'une violente douleur gastrique. On introduisit une sonde et le lavage d'estomac ramena un petit fragment de muqueuse. L'examen microscopique d'une coupe de ce fragment montra la dilatation extrême des vaisseaux lymphatiques, la dissociation des fibres du tissu conjonctif et la présence de vacuoles dans les cellules épithéliales.

Signalons d'autre part cette observation d'un malade : urticaire et œdème de Quincke. Œdème gastrique fugace [déjà parue in : « Les gastropathies allergiques », PAVIOT, et CHEVALLIER (*Journal de Médecine de Lyon*).]

Mlle Y..., 17 ans, employée.

Depuis 3 ans, par périodes de quelques jours avec des accalmies de deux à trois semaines, la malade présente

des crampes épigastriques violentes une heure après le repas de midi et quatre heures après le dîner. De temps à autre surviennent des vomissements et de la diarrhée. Elle se plaint d'autre part de poussées urticariennes très prurigineuses, datant depuis plusieurs années, le plus souvent généralisées, intenses avec de vastes placards œdémateux et parfois de l'« œdème de Quincke » de la face. Depuis quelques mois, les crampes épigastriques s'accompagnent régulièrement de vomissements alimentaires et bilieux. Fait important, tous ces accidents sont déclenchés infailliblement par l'ingestion de lait et d'œufs. L'urticaire apparaît quatre à cinq heures après cette ingestion et dure deux à quatre jours. Pendant ce temps, la crise pseudo-ulcéreuse se développe et dure aussi longtemps que l'éruption. La radio montre un retard net de l'évacuation par spasme pylorique ou un « non remplissage antral fugace ». En période d'accalmie les images sont normales.

Les examens gastroscopiques (Dr Chevallier) montrent un œdème antro-pylorique fugace typique. L'œdème, pendant l'accès gastralgique, masque complètement le pylore. Il est assez exactement limité à l'antrum et au sphincter antral. Cet œdème disparaît brusquement en période d'accalmie. Un examen pratiqué cinq heures après l'ingestion de lait et d'œufs permet de surprendre pendant une gastroscopie prolongée l'apparition de l'œdème antral fugace qui se développe en quelques instants en même temps qu'apparaissent les douleurs épigastriques et l'éruption urticarienne.

Cependant, l'œdème de l'estomac n'est pas la seule manifestation gastrique de l'urticaire et il faut noter l'existence fréquente d'une gastrite atrophique plus ou moins diffuse pouvant s'accompagner d'ana-

chlorhydrie. Les auteurs parisiens l'ont rencontrée dans plus de la moitié des cas « elle est caractérisée à la gastroscopie par un aspect lisse de la muqueuse et un effacement des plis. Cet état ne correspond pas à une disparition de la muqueuse, mais à son aminuement, à son égalisation, à une raréfaction des éléments sécréteurs et à une infiltration interstitielle cellulaire ». On distingue plusieurs degrés dans l'intensité de ce processus atrophique, mais il est le plus souvent accusé, presque toujours diffus et en général il intéresse la totalité de la muqueuse gastrique. D'autre part, il semble bien acquis que, dans les urticaires avec gastrite atrophique, on n'observe jamais d'œdème de l'estomac.

L'atrophie gastrique semble ne se rencontrer que dans l'urticaire digestive. Nous entendons sous ce nom l'urticaire provoquée par certains aliments, parfois presque tous les aliments, ou bien, dans d'autres cas, qui disparaissent quand on met à la diète hydrique absolue le malade.

Quelques caractéristiques hématologiques sont à noter : absence d'éosinophilie, une légère lymphocytose parfois, et signes discrets et inconstants de chlorose (hypochromie).

Dans les urticaires non digestives plus rares que les autres, qui sont des urticaires dues à la chaleur, au froid, à l'émotion, à l'effort, l'éosinophilie est notable, l'urticaire stomacale est fréquente, mais par contre la muqueuse gastrique semble parfaitement intacte.

LE PRURIGO LEUCODERMIQUE

Les dermatoses eczémateuses et érythrodermiques, l'urticaire, ne sont pas les seules à s'accompagner de gastrite atrophique et les constatations que nous venons de faire à propos de l'urticaire se retrouvent à peu de chose près dans un syndrome particulier décrit par Paul Chevallier sous le nom de « prurigo leucodermique ». Il s'agit d'un prurit idiopathique anal, périnéal ou vulvaire. C'est un prurit intense avec des paroxysmes particulièrement pénibles, ce qui n'est pas sans influence sur l'état mental du sujet, au point de le conduire au suicide. De plus, on remarque l'apparition de plaques blanches. Ces plaques ne sont pas dues au grattage, elles existent en dehors même du prurit et on peut en constater à l'intérieur du vagin ; elles représentent le substratum de la sensation prurigène.

Comme dans l'urticaire, on retrouve ici la présence d'une gastrite atrophique plus ou moins diffuse avec anachlorhydrie.

LE SYNDROME GASTRIQUE DES DERMATOSES INAPPARENTES

Nous ne croyons pouvoir mieux faire pour caractériser ce syndrome que de rapporter une observation inédite d'un malade du Dr Weissmann-Netter :

Mme B..., doctoresse, 34 ans, est prise subitement, au cours de la journée, d'une crise de horborygmes violents accompagnée de régurgitation alimentaire. Une douleur

transfixiante apparaît au niveau de l'hypocondre gauche, irradiant par derrière jusqu'au sacrum. Le teint devient brusquement terreux, la langue saburrale. Pas d'hyperthermie, pouls filant. La douleur devient tellement violente que l'on tente un examen radiographique sans préparation préalable. Rien de particulier ne peut être observé et l'on calme la malade par quelques injections de morphine répétées au cours de la nuit. Toute tentative d'hydratation par voie buccale est rendue impossible par les régurgitations spasmodiques de plus en plus brutales. Le lendemain matin, essai d'administration de bouillie barytée immédiatement rejetée. Il en est conservé toutefois une quantité suffisante pour permettre un examen radioscopique fruste des voies digestives supérieures. Pas de cardiopasme, pas de niche. L'examen renouvelé ne semble pas montrer l'existence d'une sténose du pylore. Sous radioscopie : estomac spasmodique en particulier dans la zone de la grande courbure légèrement ptosée.

L'anamnèse permet d'apparenter des manifestations similaires bien que moins aiguës à certains états de fatigue ou certaines réactions émotives. La malade n'a jamais présenté de syndrome cutané permettant de porter le diagnostic d'urticaire mais par contre certains efforts, certains contacts prolongés de segments de membres ou d'articulation avec des corps durs, provoquent l'apparition de véritables œdèmes durs et douloureux dans les masses profondes. Une marche prolongée produit un œdème des pieds, rendant impossible le port d'une chaussure. A diverses reprises, œdème de la lèvre inférieure, dur et douloureux. Il s'agit donc nettement d'une forme douloureuse d'œdème de Quincke et dans les circonstances présentes d'une manifestation gastrique sans syndrome cutané apparent.

Le tartrate d'ergotamine est sans effet. Les injections intradermiques d'histamine atténuent les accidents gastriques qui, cependant, ont une tendance à se renouveler dans les jours qui suivent. Les injections intra-veineuses d'un composé soufré sont poursuivies pendant plusieurs semaines. Les accidents gastriques ont complètement disparu. Le jour de la dix-huitième injection, légère réapparition des accidents gastriques qui disparaissent en deux heures, mais sont cette fois remplacés par une formidable poussée d'urticaire généralisée avec œdème palpébral, labial, lobe de l'oreille en bouchon de carafe, œdème rouge hyperthermique des pieds et des mains, œdème de la langue, gingivite, œdème douloureux de l'anus. Extinction des phénomènes en dix-huit heures après des douleurs intolérables. Cette malade, suivie depuis un an et malgré la mise en œuvre de multiples procédés de désensibilisation, présente fréquemment des crises gastriques soit à la suite d'efforts physiques ou intellectuels, soit simplement à la suite d'une émotion et d'une contrariété. L'urticaire et l'œdème ont disparu. Un examen radiologique de l'estomac (Dr Guttman) n'a montré aucune anomalie et n'a révélé la présence d'aucune lésion. L'état spasmodique de l'estomac est complètement disparu au cours des crises qui se répètent fréquemment. Mais l'examen endoscopique montre une muqueuse généralement œdématisée, la zone du cardia est normale.

Il s'agit donc là de toute évidence de la révélation d'une dermatose inapparente donnant un syndrome gastrique pur. L'anamnèse seule permet d'attribuer à l'état allergique de la malade l'étiologie de ce syndrome qui, lors de son apparition, laissait penser à

l'existence d'une sténose pylorique. Les procédés de désensibilisation qui ont agi sur la dermatose n'ont jusqu'à présent eu aucune action sur l'œdème gastrique douloureux.

ESSAI D'INTERPRETATION PATHOGENIQUE

Les faits que nous venons d'exposer ci-dessus nous posent sous un jour nouveau, au point de vue de la pathologie générale, la question des rapports entre l'estomac et les dermatoses. Nous pensons que la question est trop vaste pour être abordée complètement dans cette étude ; nous voudrions simplement, avec M. J. Gaté et ses élèves, apporter les quelques commentaires que suscitent les nouvelles constatations faites au gastroscope. Les faits sont encore peu nombreux pour nous donner une conception d'ensemble ; ils nous permettent cependant de jeter quelques jalons.

Nous avons vu, dans un premier groupe de faits, le revêtement cutané et l'estomac atteints par un même processus. Le lichen-plan, la maladie aphteuse, les lésions papuleuses ou œdémateuses de l'urticaire rentrent dans ce cadre. Il est bien évident, dans ces cas, que les lésions cutanées et gastriques sont des localisations différentes d'un même processus, encore mal connu dans le lichen, mais de nature allergique bien définie dans l'urticaire. « L'urticaire, dit Paul

Chevallier, a la disgrâce d'être considérée comme une maladie de peau. Elle est une maladie générale qui possède des manifestations cutanées fréquentes, ce qui ne veut pas dire constantes ». La même assertion pourrait être reprise à propos de la maladie aphteuse, du lichen-plan, et même de plusieurs autres dermatoses. C'est à la gastroscopie de nous aider à réviser les anciennes classifications.

Dans un deuxième groupe de faits, l'examen endoscopique, au lieu de nous montrer des lésions spécifiques, nous révèle l'existence de certaines manifestations générales ou du revêtement cutané associés à des troubles bien caractérisés de la muqueuse de l'estomac. C'est maintenant que l'on peut concevoir un syndrome cutanéogastrique et c'est l'interprétation de ce syndrome qui prête à discussion.

ECZÉMA

A propos de l'eczéma, il a été décrit des gastrites de types aigus ou subaigus variables dans leur évolution. En ce qui les concerne, on peut opposer deux thèses ; ou bien la lésion cutanée dépend de la gastrite, ou bien lésion cutanée et lésion gastrique dépendent d'une cause commune, humorale ou autre, et sont des localisations diverses d'une même maladie. La première thèse a pour elle une ancienneté respectable. Elle est soutenue depuis très longtemps avec des arguments, peu péremptoirs il est vrai. Paul Chevallier préfère la deuxième explication. Selon son avis, il semblerait que certaines gastrites chroniques,

atrophiques, lisses ou mamelonnées pourraient prédisposer à des poussées inflammatoires au cours d'un eczéma chronique, mais cette hypothèse paraît ne pas devoir être retenue puisqu'il semble bien que la gastrite des eczémateux est une manifestation équivalente à la manifestation cutanée. L'allure est la même, l'évolution parallèle et la guérison bien souvent simultanée. Rappelons à nouveau cette observation de Paul Chevallier et Fr. Moutier, d'un eczéma vésiculeux de l'estomac, affirmation paradoxale *a priori*, mais un fait est un fait.

Il semble donc possible de ranger l'eczéma avec le lichen-plan et l'urticaire gastrique dans un même cadre. Il n'y a là qu'une question de mot, puisque si l'on recule devant le terme d'eczéma gastrique, on est par contre prêt à admettre que les lésions gastriques des eczémateux sont équivalentes à celles de la peau. Ce qui nous paraît aujourd'hui paradoxal nous semblera peut-être demain une vérité essentielle tant il est vrai qu'en médecine tout évolue et se renouvelle.

Le professeur Paviot et l'un de ses élèves ont soutenu l'existence de ces gastropathies allergiques relevant, chez des malades sensibilisés à un quelconque antigène alimentaire, d'un processus biologique que nous connaissons comme étant justement celui de l'eczéma et de l'urticaire. Il paraît juste pour bien marquer la différence entre ces faits et les gastrites infectieuses ou autres de leur réserver le nom de gastropathies allergiques. Il est bien évident que si dans

cette manière de penser, l'estomac n'est pas comme dans la première hypothèse, rendu responsable des désordres du revêtement superficiel, mais également victime avec la peau d'un même trouble humoral, le rôle de l'alimentation n'en est pas moins entier. Il découle de tout ceci que tout en étant apparemment révolutionnaire, cette théorie nouvelle est des plus orthodoxes sur bien des points.

URTICAIRE

La question reste la même pour l'urticaire. En cas de manifestations œdémateuses ou papuleuses, qui signent l'urticaire gastrique, le problème semble résolu. La question devient plus difficile et plus ardue pour expliquer l'existence simultanée d'une gastrite atrophique, achlorhydrique et d'une urticaire tégumentaire ou sous-cutanée, d'autant plus que parfois certains stigmates frustes de chlorose s'y surajoutent. Il est difficile d'admettre qu'il y ait là un pur hasard. On peut se demander si l'on se trouve en présence d'un syndrome où les manifestations cutanées et gastriques évoluant parallèlement découlent d'un même facteur humoral à rechercher, ou bien si en définitive c'est l'éruption cutanée qui est sous la dépendance de la gastrite atrophique.

Depuis longtemps, on s'est posé la question et bien des auteurs ont soutenu l'existence d'urticaires d'origine digestive et pour cette raison même les nommaient urticaires digestives. D'après un mémoire de Paul Chevallier, l'auteur note que, au XIX^e siècle,

déjà une controverse divisait Hardy qui croyait en une pathogénie digestive, et Bazin qui affirmait que les signes cutanés et le syndrome digestif n'étaient que « des manifestations diverses d'une même cause morbifique interne ». Kaposi, également, accusait l'estomac d'être l'auteur des troubles cutanés. L'auteur signalé en outre les études de Lerède et Robin, sur les variations du chimisme gastrique et les troubles sanguins des urticariens. Puis, Paul Chevallier étudie soigneusement les deux thèses en présence. Il signale que dans certains cas, une gastrite traînante entraîne par la suite une atrophie gastrique et que cette atrophie dans des circonstances spéciales peut déterminer une poussée urticarienne chez des malades jusque-là indemnes. Dans ces cas, on note parfois des résultats surprenants par la médication ferrugineuse ou par l'acide chlorhydrique. L'auteur a vu guérir par le fer à hautes doses des urticaires avec atrophie gastrique. La guérison ou l'amélioration s'obtenaient très rapidement malgré leur intensité et leur début remontant à plusieurs années.

Ces résultats pourraient s'expliquer par l'action cutrophique de la médication martiale et chlorhydrique sur la muqueuse gastrique lésée. « Le poison qui déclenche les accidents, écrit Chevallier, pénétrerait par l'estomac à la faveur des lésions muqueuses... Il serait constitué par des molécules alimentaires n'ayant pas subi de la sécrétion gastrique déficiente la transformation normale. » Cependant, l'auteur ne s'estime pas satisfait par ces explications. Il

remarque en effet bien souvent l'efficacité surprenante de la médication ferrugineuse alors que l'atrophie gastrique elle-même ne se trouve nullement améliorée. D'autre part, l'urticaire n'est pas la seule dermatose s'accompagnant d'atrophie gastrique. Aussi, une autre théorie est envisagée par l'auteur : syndrome cutané, syndrome digestif, altération sanguine discrète en général (métanémie) relèvent d'une diathèse générale d'origine encore obscure : la chlorose.

CHLOROSE ET ALTÉRATIONS DIGESTIVES

Depuis longtemps, on connaît la relation de la chlorose avec des altérations gastriques, on a même pu soutenir une théorie gastrique de la chlorosé. D'ailleurs, l'existence simultanée de l'urticaire et de la chlorose typique a été signalée par d'anciens auteurs comme Alibert. L'opinion de Paul Chevallier est qu'en dehors de la chlorose typique, avec ses altérations sanguines évidentes il y aurait des chloroses cachées, frustes, latentes, qui peuvent, en réalité, se combiner avec des altérations du revêtement cutané comme l'urticaire et ainsi que nous l'avons noté, le prurigo leucodermique. Les résultats positifs obtenus par la médication par le fer trouvent dans ces cas une explication plausible. Il ne faut pas en conclure que, dans tous les cas, d'atrophie gastrique générale où en même temps le fer se montre radical, la chlorose doit être soupçonnée. « Ce serait dépasser les faits qui comportent encore beaucoup d'inconnues. »

(P. Chevallier.) La conception de l'auteur n'exclut d'ailleurs en rien, évidemment, la mise en œuvre des facteurs humoraux de sensibilisation qui sont admis par tous. Néanmoins, il est intéressant d'assister, grâce à l'examen endoscopique, à la renaissance surprenante de cette chlorose dyspeptique d'Hayem qui, peu à peu, était passée dans l'oubli.

ORIENTATION THÉRAPEUTIQUE

Quoi qu'il en soit, malgré sa hardiesse que son auteur ne conteste pas, cette conception a le mérite de diriger la thérapeutique vers des voies nouvelles et fécondes. Paul Chevallier a lutté contre l'atrophie gastrique avec anachlorhydrie, s'accompagnant d'urticaire et de prurigo leucodermique, par le fer, l'acide chlorhydrique. De plus fortes doses doivent être employées dans ces cas de chlorose fruste « non anémiques » que dans la chlorose à proprement parler. L'auteur commence par donner deux grammes par 24 heures qu'il porte progressivement à six grammes. On utilise de préférence le protoxalate ou le carbonate sous forme de cachets de un gramme pris au moment des repas. Si l'effet favorable ne se manifeste pas rapidement au bout de quelques jours, il vaut mieux ne pas poursuivre. Si, au contraire, une amélioration se manifeste, il faut poursuivre le traitement pendant longtemps en alternant avec l'acide chlorhydrique. Gaté et ses élèves ont pu guérir dans ces conditions deux malades atteints de prurit anal leucodermique rebelle à toute autre thérapeutique.

Ces malades présentaient à l'examen endoscopique une gastrite atrophique.

D'autre part, une autre thérapeutique est instaurée pour le traitement des gastropathies allergiques par l'emploi du produit d'ultra-filtration du repas déchaînant (Henri Thiers et René Chevallier). Gaté et ses élèves ont ainsi traité des malades qui présentaient, après ingestion d'œufs et de lait, des accidents gastriques associés à d'autres accidents allergiques. L'ultra-filtration d'un repas à base de lait et d'œufs, celui-ci retiré une heure après ingestion par tubage, injecté par voie intra-dermique, puis sous-cutanée, s'est montré d'une grande valeur thérapeutique. C'est là, sans conteste, une méthode utile pour le traitement des gastropathies urticariennes ou eczémateuses et des manifestations tégumentaires qui les accompagnent.

Toutefois, il ne s'agit là que de ce que nous pourrions appeler une désensibilisation spécifique, car elle suppose *a priori* le problème résolu : la connaissance du repas déchaînant. Or, nous nous retrouvons ici devant l'un des aspects les plus complexes de la nature humaine. Il n'existe pas *une* allergie, mais *des* allergies telles que Humphreyward les a englobées sous le nom d'hyperergies, l'anaphylaxie n'étant que l'une des manifestations de cet état d'hypermensibilisation. La recherche des allergènes est des plus délicates, nous en voyons la preuve dans le fait que le groupement américain pour l'étude de l'allergie digestive a mis au point plus de 250 allergènes-tests, et estime

qu'il n'a accompli que la cinquantième partie de son labeur.

En l'absence de nos connaissances de l'allergie spécifique on doit donc tenter une désensibilisation aspécifique du malade par tous les moyens actuellement connus : auto-hémothérapie, auto-ourothérapie, méthode de Schwartzmann (injection de 1 cc. de l'eau chaude dans laquelle le bras du patient a baigné pendant 10 minutes), peptones animales ou végétales, vaccins anti-rabique, anti-typhoïdique, histamine par voie sous-cutanée ou intradermique, soufre intra-veineux.

Nous devons toujours nous souvenir qu'alors que la thérapeutique de la maladie est une lutte entre le médecin et le microbe ou le virus, la lutte contre l'allergie est une guerre d'usure entre le médecin et la Nature mystérieuse, guerre dont, en l'occurrence, nous ne connaissons pas les armes et ne jugeons que par les résultats.

CONCLUSIONS

I. Au cours de certaines dermatoses l'examen de la muqueuse gastrique montre l'existence de lésions spécifiques dont la similitude avec la lésion cutanée est nette. Ces lésions sont susceptibles d'apparaître isolément sans manifestations externes de la dermatose. En ce cas, elles réaliseraient ce que l'on pourrait appeler une dermatose intra-gastrique.

II. Dans un grand nombre de dermatoses existent des lésions gastriques répondant aux types les plus multiples de gastrite chronique ou aiguë. Il s'agit alors de manifestations spécifiques qui correspondraient sur le plan gastrique et sous une forme atypique aux lésions cutanées.

III. On peut dire que dans les lésions dites spécifiques il s'agit essentiellement de localisations diverses d'une même manifestation d'ordre général. Il existe un urticaire, un lichen-plan gastrique.

IV. Les manifestations gastritiques de certaines dermatoses ne semblent pas être le point de départ étiologique de la manifestation cutanée. Les deux ordres de faits pathologiques traduits par la derma-

tose et la gastrite semblent pouvoir être considérés selon la théorie de l'unicité, et on peut concevoir sinon l'étiopathogénie similaire reposant sur un trouble humoral ou neuro-humoral, du moins l'interdépendance étroite entre cette cause, liée au facteur terrain, et les manifestations distinctes sur le plan gastrique et le plan cutané.

V. Certaines gastrites susceptibles de revêtir des aspects paradoxaux peuvent être des manifestations isolées d'un état allergique neuro-humoral sans autre manifestation, celles-ci pouvant être complètement muettes, alterner avec le tableau gastrique, ou au contraire brusquement dominer toute l'évolution clinique.

VI. La thérapeutique s'inspire du fait :

a) Des chloroses frustes associées à ces manifestations : médication, le fer.

b) De l'achlorhydrie : médication, l'acide chlorhydrique.

c) De l'allergie : médication désensibilisante soit par la recherche des allergènes, soit par l'injection de produits d'ultra-filtration du repas déchaînant, soit par désensibilisation aspécifique, peptones, etc...

Vu : le Doyen de la Faculté, Vu : le Président de thèse,
TIFFENEAU. GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

P. CHEVALLIER ET F. MOUTIER. — Les localisations gastriques spécifiques des dermatoses. (*Soc. de gastr. ent. de Paris*, séance du 16 nov. 1935 ; in *Arch. des Mal. de l'app. diges.*, n° 1, janvier 1936.)

— L'estomac des urticariens. *Ibid.*

— L'estomac des eczémateux. *Ibid.*

— L'estomac dans les maladies de la peau. (*Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale*,

P. CHEVALLIER, F. MOUTIER, COLIN ET R. MOLINES. — Lichen-plan gastrique. *Soc. fr. de dermat. et de syph.* (Séance du 13 déc. 1934) ; *Bull.*, 1934, p. 1939.

— L'estomac des psoriasiques. *Ibid.*, p. 1933.

P. CHEVALLIER, F. MOUTIER, COLIN, R. MOLINES, B. HAHN ET SEVAUX. — Erythrodermie régionale bénigne avec gastrite atrophique en aire bordée de gastrite hypertrophique. *Ibid.*, 1942.

P. CHEVALLIER, F. MOUTIER, V. STEWART, A. SEVAUX ET E. ELY. — Etudes nosographiques et thérapeutiques sur le prurigo leucodermique (prurit vulvaire et anal idiopathique). *Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syphil.*, 1934, p. 7719.

RENÉ CHEVALLIER. — Les gastropathies allergiques sous le contrôle du gastroscopie (à propos de quatre nouvelles observations d'œdème antral fugace). *Rapports du 1^{er} Congrès Int. Gastro-ent.*, Bruxelles, 1935, p. 654.

— L'œdème fugace de la région antro-pylorique au cours des gastropathies allergiques. Etude gastroscopique. (*Revue de bronchoscopie, d'œsophagoscopie et de gastroscopie*, avril 1935.)

J. GATÉ, RENÉ CHEVALLIER ET P. GUILLERET. — Achlorhydrie et gastrique atrophique coexistant avec un prurit anal leucodermique. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*. Séance du 17 mars 1936.

J. GATÉ, H. THIERS, RENÉ CHEVALLIER ET P.-J. MICHEL. — Etat de la muqueuse gastrique dans une érythrodermie ancienne. *Soc. fr. de Derm. et de Syph. de Lyon*. Séance du 21 février 1936.

— Estomac et dermatoses. (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 393, 20 mai 1936.)

J. GATÉ, H. THIERS, RENÉ CHEVALLIER ET P.-J. MICHEL.

— A propos des modifications gastriques dans l'eczéma. Coexistence d'un eczéma érythrodermique et d'une gastrite œdémateuse et congestive avec achlorhydrie. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*. Séance du 17 mars 1936.

F. MOUTIER. — Les accidents gastriques dans les dermopathies. (*Soc. belge de gastro-entérologie*, séance du 21 mai 1939, in *Journal Belge de gastro-entérologie*, mai-juin 1939, n° 5-6, p. 348.)

J. PAVIOT ET RENÉ CHEVALLIER. — Les gastropathies allergiques (*Journal de médecine de Lyon*, 20 janvier 1936.)

H. THIERS ET RENÉ CHEVALLIER. — Le traitement des allergies gastriques et de la gastrite érosive par le produit d'ultra-filtration du repas déchainant. *Presse médicale*, 2 mai 1936, n° 36, p. 729.

Nous tenons à remercier particulièrement les *Fichiers du Monde Médical* pour l'aide qu'ils nous ont apportée dans la documentation de notre travail.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
